

OS FATORES PSICOSSOCIAIS NA INCIDÊNCIA E PROGRESSÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Autores: Eduardo Sá*

José Sargento **

*Doutor – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE – UC) e Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA)

**Doutorando – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE –UC) (josesargento@gmail.com)

Resumo: Pretende-se, neste artigo, proceder a uma breve revisão crítica da investigação sobre a relação entre os fatores psicológicos – depressão, contenção emocional, alexitimia - os acontecimentos de vida e a incidência e evolução da doença oncológica, para, na interseção com as coordenadas dos modelos da psicossomática e da psicopatologia e psicologia clínicas, tecer algumas considerações acerca dos caminhos que o sofrimento psicológico (e psicopatológico) pode tomar até, em interação com todos os fatores ambientais e biomédicos, contribuir para o desenvolvimento e evolução da doença oncológica.

Palavras-Chave:

Cancro, acontecimentos de vida, depressão, alexitimia, contenção emocional

Abstract: This article presents a brief critical review of the research about the relationship between psychological factors - depression, emotional restraint, alexithymia - the events of life and the incidence and progression of malignant disease, to perform, in the intersection with the psychosomatic models and psychopathology and clinical psychology coordinates, some considerations about the ways that psychological distress (and psychopathology) may take, in interaction with all biomedical and environmental factors, until contribute to the development and progression of cancer.

Keywords:

Cancer, life events, depression, alexithymia, emotional restraint

O cancro parece ser “A doença” por excelência; a enfermidade mais temida pelo imaginário coletivo, que o tende a colar a representações de grande sofrimento e à ideia de uma morte mais ou menos inevitável e muito dolorosa, com tratamentos, também eles, muito penosos. Neste contexto, o senso comum foi, de certo modo, alimentando a ideia - introduzida por Hipócrates, no século IV a.C., e reforçada por Galeno, seiscentos anos depois (Gousson-Gélie, 2001) - de que os fatores psicológicos (nomeadamente a melancolia, o otimismo ou a contenção das expressões emocionais) poderiam intervir na evolução e até mesmo na eclosão do cancro.

“Como todos os organismos vivos, os nossos corpos fabricam células defeituosas [neoplásicas], permanentemente” (Servan-Schreiber, 2007, p. 15). O que se passa para que o organismo deixe de detetar e eliminar estas células? O que se passa para que apresentações tumorais idênticas possam ter evoluções tão distintas, independentemente da semelhança dos fatores biomédicos (Falagas et al, 2007)?

Pretende-se, neste artigo, pensar a possível rede de intersecções entre o sofrimento psicológico e o processo oncológico, partindo de uma recensão crítica de alguns dos estudos que abordam as possíveis relações existentes entre os acontecimentos de vida, a depressão, a alexitimia, a contenção emocional, e a eclosão e o desenvolvimento das doenças oncológicas.

Os acontecimentos de vida e a doença oncológica

Os acontecimentos de vida geradores de stresse são, desde há muito, habitualmente associados à iniciação e progressão das doenças oncológicas. Lillberg (2003) e Lillberg et al (2003) encontraram uma relação entre acumulação de acontecimentos de vida – divórcio/separação; morte do cônjuge ou morte de uma pessoa próxima – e um aumento do risco de desenvolver cancro da mama. Kune, Kune, Watson, Rahe (1991) e Courtney, Longnecker, Theorell & Gerhardsson (1993) encontraram resultados semelhantes para o cancro cólon-rectal (como citados em Nielsen, 2007), e Levav et al (2000) para os carcinomas linfáticos e hematopoéticos. No mesmo sentido, Li, Johansen & Olsen (2003), num estudo com pacientes oncológicos, encontraram uma associação ténue, mas existente, entre a perda de um filho e um tempo de vida mais curto.

Há, no entanto, outros estudos que não sustentam a hipótese dos acontecimentos de vida, potencialmente traumáticos, poderem influir no processo oncológico (Bergelt, Prescott, Gronbaek, Koch & Johansen, 2006; Graham, Ramirez, Love, Richards & Burgess, 2002; Maunsell, Brisson, Monder, Verreault & Deschênes, 2001).

A depressão e a doença oncológica

A depressão é, de acordo com inúmeros autores (Doche-Schwab, 2004; Harter, Woll, Wunsch, Bergel & Renter, 2006; Honda & Goodwin, 2004; Grassi, Sabato, Rossi, Biancosino & Marmai, 2005; Teles, Ribeiro & Cardoso, 2003), muito frequente entre os pacientes com cancro.

Não é claro, no entanto, se a depressão é consequência do próprio processo oncológico e se pode ou não influir no seu curso, ou se pode ser prévia ao carcinoma (e, nesse caso, se pode ou não contribuir para o seu aparecimento e desenvolvimento). De facto, a sintomatologia reativa à vivência de um cancro, assim como as alterações endócrinas resultantes da doença - que podem implicar manifestações psicológicas, como ansiedade e depressão (Greenberg, 2009) - poderão dificultar a distinção entre os indicadores reativos à doença e aqueles que, porventura, não decorrem dela e, para ela podem contribuir, tornando a investigação em Psico-Oncologia muito complexa. Ainda assim, impulsionados pelo enorme peso pessoal, social e económico do cancro, não têm parado de crescer os estudos em Psico-Oncologia.

A depressão e a incidência da doença oncológica

Apesar de alguns dados contraditórios provenientes da investigação de campo, há diversos estudos que sustentam a hipótese da depressão poder influenciar a eclosão da doença oncológica. Neste sentido, num estudo longitudinal, com cerca de 2000 trabalhadores de uma Companhia Elétrica Americana, encontrou-se uma relação positiva entre depressão, incidência e mortalidade por cancro, sendo que esta relação se mantinha quando eram controladas variáveis como o consumo de álcool, o número de cigarros fumados, o nível socioeconómico, a história de cancro na família, o índice de massa corporal ou o índice de colesterol (Persky, Kempton-Rawson & Shekelle, 1987). Knekt et al (1996), num estudo com 7018 sujeitos acompanhados durante 14 anos, encontraram resultados semelhantes para o cancro do pulmão, não sendo esta

relação extensível a outros tipos de carcinoma. Friedman (1994), num estudo longitudinal, com 923 pacientes com vários tipos de depressão diagnosticada numa clínica psiquiátrica, encontraram também uma associação muito fraca, mas existente, entre depressão e um risco acrescido de desenvolver cancro. Também Everson, Goldberg, Kaplan, Pukkala, Tuomilhto & Salonen (1996), encontraram uma relação entre *desesperança* e uma maior incidência de cancro, uma progressão mais rápida da doença e uma maior mortalidade.

Num outro estudo, Penninx et al (1998) avaliaram 4825 sujeitos, por três vezes, através da CES-D - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos. Verificaram uma associação significativa entre depressão crónica (obtida através de três aplicações da CES-D) e uma incidência de cancro acrescida. Quando consideravam apenas uma medida de depressão que não se confirmava nas outras duas avaliações, essa relação com a incidência de cancro não se mantinha. Como emerge deste estudo, a sintomatologia depressiva só parece relacionar-se com um risco acrescido de cancro, quando se inscreve num quadro depressivo instalado. Como referem Spiegel & Giese-Davis (2003), o facto de diversos estudos não encontrarem qualquer relação entre depressão e incidência de cancro, pode resultar da utilização de uma única medida de depressão, num único momento, o que pode não corresponder a um verdadeiro quadro depressivo mas, antes, a um estado depressivo reativo.

A depressão e a evolução da doença oncológica

Diversos estudos, não focando a questão da incidência, sustentam a hipótese do funcionamento depressivo ter um impacto negativo na evolução da doença oncológica. Neste sentido, Brown, Levy, Rosberger & Edgar (2003) verificaram que a sintomatologia depressiva se revelou um preditor consistente dum tempo de vida mais curto, entre os pacientes oncológicos. Na mesma linha, Chang, Orav, Mcnamara, Tong & Antin (2004), numa investigação com doentes com leucemia, encontraram uma relação significativa entre a sintomatologia depressiva e um acréscimo do risco de mortalidade e Hjerl, Andersen, Keiding & Mouridsen (2003), num estudo com 20593 doentes com cancro da mama, encontraram resultados semelhantes, para os carcinomas em estádios avançados.

O *coping depressivo* e o *stresse emocional* surgem, também, associados a um tempo de vida mais curto, entre os pacientes com cancro do pulmão, independentemente dos fatores biomédicos (Faller, Bulzebruck, Drings & Lang, 1999; Faller & Bulzebruck, 2002), e um diagnóstico de *depressão major* surge como preditor de uma maior mortalidade entre os pacientes com cancro hematológico, sujeitos ao transplante de medula óssea (Prieto et al, 2005).

Numa investigação com 871 sujeitos com cancros da mama, do cólon, do pulmão e da próstata, Stommel, Given & Given (2002), depois de controlarem variáveis biomédicas como o local inicial do tumor, o estágio do carcinoma e o estado geral de saúde, verificaram que os doentes com depressão, limitações funcionais e problemas emocionais prévios ao diagnóstico, tendem a ter um tempo de vida mais curto. Esse efeito não se verifica nos sujeitos que apenas manifestam sintomatologia depressiva ou limitações funcionais após o diagnóstico de cancro: os sujeitos que manifestam *choque emocional* perante o diagnóstico parecem ser resilientes. Esta *depressão reativa* pode, porventura, constituir, tão só uma reação saudável de tristeza perante a perda e a dor, na tentativa de a elaborar e metabolizar, evitando, assim, que o sofrimento se organize num quadro depressivo mais profundo, mas mais silencioso, que em vez de sintomatologia aberta, pode, através das complexas interações psico-neuro-endócrino-imunológicas, acarretar desequilíbrios nos sistemas biológicos. Ao passo que os quadros depressivos instalados parecem poder influir, negativamente, no curso da doença oncológica, os estados depressivos reativos parecem não ter qualquer efeito negativo.

Contenção emocional e doença oncológica

A repressão das manifestações emocionais, especialmente da agressividade, tem sido considerada um dos principais fatores psicológicos que poderão intervir no processo oncológico. Neste contexto, Morris & Greer (1980) introduziram o conceito de *personalidade tipo C*, para designar um tipo de personalidade caracterizado por uma tendência para a repressão ou supressão das respostas emocionais em situações de stresse, que, segundo os autores, seria mais suscetível ao desenvolvimento de carcinomas (como citado em Anarte, López, Ramirez & Esteve, 2000).

Contenção emocional e incidência da doença oncológica

A investigação de campo parece acrescentar alguma sustentação à hipótese de um funcionamento mental marcado pela contenção emocional, poder aumentar o risco de desenvolver um carcinoma. Neste sentido, Temoshok & Fox (1984), aprofundam o conceito de *personalidade tipo C*, para caracterizar os sujeitos que estariam mais vulneráveis à doença oncológica: seriam sujeitos desamparados, impotentes e sem expressividade emocional. No mesmo sentido, Eysenck (1990) sustenta a existência de uma personalidade propensa ao cancro - que seria caracterizada pela repressão das manifestações emocionais e reações de impotência, desamparo e desesperança face ao stress - e Mckemna et al (1999) referem que um *coping repressivo*, baseado na negação, é um preditor significativo do cancro da mama (como citado em Lieberman & Goldstein, 2006).

Há estudos que, de facto, sustentam a existência de características de *personalidade tipo C*, entre os pacientes oncológicos. Neste sentido, Anarte et al (2000) ao compararem um grupo de doentes oncológicos com um outro de sujeitos diabéticos, encontraram uma maior contenção emocional entre os pacientes oncológicos, revelando níveis mais elevados de *Controlo Emocional*, *Racionalidade* e *Necessidade de Harmonia*. No mesmo sentido, Patrão & Leal (2004) encontraram um predomínio de uma expressividade emocional inibida, numa amostra de 71 mulheres com suspeita de carcinoma na mama.

A existência de características de *personalidade tipo C* entre os pacientes oncológicos pode ser reativa à doença (como tem sido amplamente argumentado) e, por isso, não constituir um fator de risco que - em interação com todos aqueles de natureza ambiental, genética e biomédica - torne as pessoas mais vulneráveis à doença. Há, no entanto, diversos estudos que sustentam a hipótese da contenção emocional poder influir na incidência da doença oncológica. Neste sentido, Shaffer, Graves, Swank e Pearson (1987), num estudo prospetivo com estudantes, verificou que os sujeitos menos expressivos, com menos autoconsciência, e elevada culpabilidade e espírito de sacrifício, têm 16 vezes mais probabilidades de poder desenvolver um cancro. Do mesmo modo, Bleiker, Van der Ploeg Hendriks e Ader (1996), numa investigação longitudinal, com 9705 sujeitos, encontraram uma relação, estatisticamente significativa, ainda que ténue, entre resultados elevados numa escala de *anti-emocionalidade* - ausência de comportamento emocional ou falta de verdade acerca dos

próprios sentimentos – e um acréscimo de risco para o desenvolvimento do cancro da mama. Também Fox, Harper, Hyner e Lyle (1994) verificaram a existência de uma associação entre o controlo emocional e o risco de cancro.

Larson, Ader e Moynihan (2001) verificaram que pessoas saudáveis, que suprimem a ira, segregam mais cortisol¹ depois de um agente indutor laboratorial de stresse psicológico, o que poderá indiciar que a contenção da ira deixa as pessoas mais expostas aos efeitos psicofisiológicos do stresse e, por essa via, mais suscetíveis ao desenvolvimento de um processo oncológico (como citados em Gouin, Kiecolt-Glaser, Malarkey & Glaser, 2008).

Contenção emocional e evolução da doença oncológica

Diversos estudos procuram indagar os efeitos que a contenção da expressão emocional pode ter na evolução da doença oncológica. Assim, numa investigação prospetiva, Grossarth-Maticek, Bastiaans e Kanazir (1985) e Grossarth-Maticek, Eysenck e Vetter (1988), encontraram uma relação entre a repressão e a negação das emoções e uma maior mortalidade por cancro. Também Hirokawa, Nagata, Takatsuka e Shimizu (2004), num estudo com 36990 participantes, verificaram que os sujeitos com elevados níveis de *racionalidade/ anti-emocionalidade* têm maior risco de morte por cancro e por doença cardiovascular, e Nagano et al (2005), encontraram uma associação entre uma *personalidade racional e anti-emocional* e uma maior mortalidade por cancro do pulmão. Weihs, Enright, Simmens & Reiss (2000), num estudo com 32 pacientes diagnosticadas há mais de 6 meses, depararam-se com resultados semelhantes para o cancro da mama, ao verificarem que as mulheres que sobreviviam mais tempo eram as que se caracterizavam por baixa ansiedade crónica e baixa contenção emocional. Verificaram, ainda, que a contenção emocional, independentemente do nível de ansiedade, prediz uma maior mortalidade. Também Giese-Davis, Conrad, Nouriani & Spiegel, (2008) encontraram resultados que suportam a hipótese da contenção emocional poder marcar uma evolução mais rápida do cancro da mama, ao verificarem que a repressão da hostilidade está associada a uma maior reatividade cardiovascular, o que pode aumentar o “*allostatic load*”, contribuindo, potencialmente, para a progressão

¹ Os níveis continuamente elevados e as desarmonias nas taxas de cortisol, provocadas, nomeadamente, pelo stresse crónico, podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento de certos carcinomas (Sephton, Sapolsky; Kraemer, & Spiegel, 2000; Sephton & Spiegel, 2003; Spiegel & Giese-Davis, 2003).

da doença [oncológica da mama]” (p.233). No mesmo sentido, Tops, Van Peer & Korf (2007) referem que a reduzida expressão emocional se relaciona, de uma forma consistente, com a suscetibilidade e uma mais rápida progressão do cancro da mama². Também Giese-Davis, DiMiceli, Sephton & Spiegel (2006), num estudo com 29 mulheres com cancro da mama, integradas num grupo de suporte terapêutico, verificaram que a combinação entre uma elevada repressão emocional³ e uma baixa expressão do afeto negativo nas sessões terapêuticas, se associa a perfis de cortisol desarmónicos – um fator de risco para uma evolução desfavorável do cancro (Sephton et al, 2000; Sephton & Spiegel, 2003).

Pelo contrário, a expressividade emocional tem sido relacionada com um melhor prognóstico da doença oncológica. Reynolds et al (2000), num estudo com 847 mulheres com cancro da mama, depararam-se com o efeito positivo da expressão das emoções no prognóstico do cancro da mama. Na mesma linha, Penedo et al (2006), numa amostra de 61 doentes com cancro da próstata, verificaram que uma menor supressão da ira se relaciona com uma maior citotoxicidade das células NK – células imunitárias essenciais na luta contra os tumores.

Como referem Thomas; Groer; Davis; Droppleman; Mozingo e Pierce, (2000) e Butow, Hiller, Price, Thackway, Kricker e Tennant, (2000) parecem, de facto, existir fortes evidências de que a contenção emocional, nomeadamente no que concerne à expressão da ira, se afigura como um dos fatores que pode contribuir para a progressão do cancro.

A alexitimia e a doença oncológica

Também a alexitimia tem sido apontada como uma das variáveis psicológicas que podem influir na doença oncológica. Neste sentido, Manna et al (2007), ao compararem um grupo de 44 mulheres com cancro da mama, diagnosticado nos últimos 6 meses, com um grupo de controlo, encontraram mais características alexitimicas entre as pacientes oncológicas: têm mais dificuldade em identificar os próprios sentimentos e em descrever os sentimentos dos outros. No mesmo sentido, Cardoso (1995) encontrou

² Esta relação, segundo os autores, ser mediada pela diminuição nos níveis de oxitocina que parecem acarretar as situações de contenção da expressão emocional (Tops et al, 2007).

³ Na repressão emocional, os sujeitos têm uma baixa consciência do stresse, que contrasta com a elevada intensidade das medidas psicofisiológicas do stresse. (Giese-Davis & Spiegel, 2002)

mais características alexitímicas entre os pacientes oncológicos, quando comparados com a população geral.

Nos sujeitos alexitímicos, as respostas do sistema nervoso autónomo a estímulos que evocam estados emocionais parecem ser exacerbadas e excessivamente persistentes (Nemiah, 1975), parecendo implicar uma hiper-ativação do sistema nervoso simpático (Fukunishi et al, 1999; Gundel et al, 2002) e do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-suprarrenais)⁴ (Uher, 2010), o que poderá acarretar um enfraquecimento da resposta imunitária.

A desregulação imunitária na alexitimia é, sob muitos aspetos, semelhante àquela que se observa para o stress crónico, predominando a depressão da imunidade celular⁵, (Guilbaud et al, 2003). Assim, numa investigação com 17 mulheres saudáveis, a alexitimia relaciona-se com o incremento dos níveis de IL-4 (Corcos et al, 2004), citocina que, ao promover a imunidade humoral, pode inibir a resposta imunitária celular⁶ (Bachen, Cohen & Marsland, 2007). No mesmo sentido, Predosa Gil et al (2007), ao compararem 24 sujeitos com perturbação somatoforme e com alexitimia clinicamente significativa, com 9 sujeitos saudáveis, encontraram um aumento de IL-6 e IL-10 (citocinas pró-imunidade humoral) e um decréscimo de IL-2 (citocina pró-imunidade celular). Do mesmo modo, Dewajara et al (1997), num estudo com 97 homens, verificaram que entre os sujeitos alexitímicos, há uma ativação da imunidade humoral, e um enfraquecimento da resposta imunitária celular, com um número significativamente mais baixo de células NK citotóxicas e células T, entre os sujeitos alexitímicos. Também, Guilbaud et al (2009), num estudo com 51 mulheres jovens encontraram uma relação entre alexitimia e um enfraquecimento da imunidade celular. No mesmo sentido, Todarello et al (1994, 1997), num estudo com mulheres com cancro cervical e com mulheres saudáveis, verificaram que as participantes alexitímicas tinham taxas menores de quase todos os tipos de linfócitos.

⁴ O eixo HPA desencadeia a produção de cortisol, o que poderá ter um efeito imunossupressor (Trombini & Baldoni, 2004)

⁵ A resposta imunitária celular, através, nomeadamente, das células NK, é a resposta imunitária essencial na luta contra os tumores (Lentourier, 2004).

⁶ As citocinas pró-imunidade humoral – como a IL-4 – (produzidas pelo linfócitos Th1) e pró-imunidade celular (produzidas pelos linfócitos Th2) antagonizam entre si, pelo que, ao promoverem uma resposta imunitária, podem inibir a outra (Bachen et al, 2007).

O sistema imunitário - nomeadamente através do enfraquecimento da resposta imunitária celular e da diminuição da atividade citotóxica das células NK - pode, assim, ser um mediador entre a alexitimia e o desenvolvimento e evolução de algumas doenças, nomeadamente, o cancro (Dewaraja et al, 1997).

Discussão

A hipótese dos fatores psicológicos – nomeadamente, a depressão, a contenção emocional e a alexitimia – poderem influir na eclosão e evolução das doenças oncológicas parece, de facto, encontrar alguma sustentação na investigação de campo.

A contenção emocional parece constituir-se como um processo chave através do qual o sofrimento - que não se pode expressar, plenamente, no plano mental e comportamental (em função do sucesso da contenção) - pode tomar o caminho do adoecer psicossomático como parece poder acontecer em alguns casos oncológicos, através de uma complexa rede de interações psico-neuro-endócrino-imunológicas.

Como Alexander (1970) chamava a atenção, quando os estados emocionais são expressos, tenderão a regularizar-se as reações fisiológicas que os acompanham. Pelo contrário, quando são reprimidos, os estados emocionais perpetuam as reações fisiológicas que lhes estão associadas. Assim, quando o sujeito inibe, continuamente, as manifestações emocionais, a resposta fisiológica de stresse tende a tornar-se crónica, desregulando a atividade endócrina e enfraquecendo a resposta imunitária, tornando assim, os sujeitos mais vulneráveis à doença. A censura continuada das emoções parece criar, assim, uma verdadeira *confusão de linguagens*, entre os sinais corticais⁷ e sub-corticais⁸ (Sá, 2009), em que o corpo e o pensamento estão clivados, tentando dominar-se mutuamente, numa verdadeira *psicose psicossomática* (Sá, 2009): a racionalidade a tentar amordaçar as emoções; e o corpo a fazer por ser escutado.

A depressão generalizada e a alexitimia parecem surgir como os marcadores visíveis deste tipo de funcionamento mental, que criando uma potencial sucessão de desequilíbrios nos sistemas biológicos, poderá intervir na progressão de alguns carcinomas. Não se tratará de estados depressivos reativos – como parece decorrer dos estudos de Stommel et al (2002) e de Penninx et al (1998) – que, no limite, podem

⁷ Relacionados com a racionalidade.

⁸ Relacionados com as emoções

constituir uma reação saudável, enquanto primeiro passo para equacionar e pensar, dentro de si, tamanha dor, para, a partir daí, poder encetar estratégias empreendedoras na luta contra a doença. Muito mais do que a vivência duma tristeza aberta, mas fluida e reparadora, a doença oncológica poderá estar associada a quadros depressivos mais difusos, crónicos e larvares, próximos daquilo a que Coimbra de Matos (1999, 2003) chama de *depressão falhada*, Marty (1968) *depressão essencial* e Sami-Ali (2003) *depressão caracterial*.

Se tomarmos como referencial uma leitura clínica, a maior vulnerabilidade à progressão do processo oncológico não parece, assim, ser provocada pelos acontecimentos de vida, *per se*. Estes, quando em interação com um funcionamento mental tendencialmente saudável - com expressividade emocional e função simbólica, que permitam a fluidez da fantasia e a integração da sensibilidade, intuição e pensamento hipotético-dedutivo, numa compatibilização predominante das *consciências cortical e sub-cortical* (Sá, 2009) – levam à mobilização de recursos saudáveis que, não obstante o desbloqueamento de sintomatologia reativa, tendem a mentalizar e reparar a dor resultante dos acontecimentos de vida. Quando, pelo contrário, os eventos geradores de stresse se abatem sobre uma pessoa com um funcionamento mental marcado pela contenção massiva da expressão emocional, pela alexitimia e pela depressão generalizada - tendem a exacerbar estes mecanismos psicopatológicos, incrementando a retração dos recursos saudáveis que mentalizam o sofrimento (fantasia, imaginação, sensibilidade, intuição, pensamento hipotético-dedutivo), podendo, por meio das interconexões psico-neuro-endócrino-imunológicas, intervir no processo oncológico.

O diagnóstico de cancro constitui uma experiência com elevado potencial traumático (Tjemsland, Soreide, Martre & Malt, 1997), e com uma ressonância de grande sofrimento nos pacientes (Justo, 2002), constituindo-se, certamente, como um acontecimento de vida *major*. Quando o paciente é, tendencialmente, saudável do ponto de vista mental – com expressividade emocional e capacidades simbólicas para mentalizar as experiências emocionais – tenderá a reagir ao diagnóstico com sintomatologia reativa (choque, ira, sintomas depressivos, etc.) que, por ação da integração das suas competências para pensar as experiências emocionais e o sofrimento, vão, progressivamente, co-existindo com estratégias de reparação e de luta contra a doença, que se poderão constituir como um fator adicional de bom prognóstico.

Quando o diagnóstico de cancro, interagindo com outros possíveis acontecimentos de vida, surge numa pessoa com um funcionamento mental caracterizado pela contenção generalizada das emoções, pela alexitimia e pela depressão generalizada e difusa, tende a exacerbar-se a contenção emocional, a retração da fantasia e da imaginação e o funcionamento depressivo, o que, por meio da complexa rede de interações psico-neuro-endócrino-imunitárias, poderá resultar num fator de risco adicional para um prognóstico mais desfavorável. Nestas circunstâncias, as pessoas terão grandes dificuldades em mobilizar recursos internos e, em estabelecerem *relações vivificantes* com as pessoas que lhe são próximas. Como refere Sá (2003), só a relação poderá reparar feridas e elaborar sofrimentos abertos por relações anteriores. Sem a vida que emana das relações, as pessoas isoladas (física e/ou emocionalmente) vêm-se a braços com um sofrimento que não podem confiar a ninguém e que, por isso, não pode ser reparado. Estarão, assim, porventura, mais vulneráveis a um mau prognóstico da doença.

Conclusões

Não obstante a existência de estudos divergentes, há sustentação empírica para a hipótese dos fatores psicossociais, na intersecção com as variáveis biomédicas, genéticas e de comportamento, poderem intervir no desenvolvimento das doenças oncológicas. Os acontecimentos de vida - muito mais do que desencadeadores diretos das interações psico-neuro-endócrino-imunológicas que, potencialmente, intervêm na doença oncológica - parecem ter os seus efeitos mediados pelo funcionamento mental, nomeadamente, pela contenção emocional, depressão e alexitimia.

Esta hipótese abre uma multiplicidade de caminhos, não só para uma compreensão mais alargada da doença oncológica – da sua prevenção e tratamento - como para o equacionar de abordagens de intervenção psicológica que possam ter um efeito integrador das experiências emocionais dos doentes oncológicos, com potenciais ganhos ao nível da evolução da doença. Este campo científico merece, por isso, todo um esforço de investigação teórica, empírica e clínica que aprofundando a compreensão de todo o processo oncológico, possa, efetivamente, constituir-se como um instrumento essencial na luta contra a doença.

Referências bibliográficas

- Alexander, F. (1970). *La Médecine Psychosomatique* (S. Horinson & D. E. Stern, Trad.), Payot: Paris (Obra original publicada em 1950)
- Allison, P.; Guichard, C.; Fung, K. & Gilain, L. (2003). Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 year after Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*. 21: 543-548.
- Anarte, M.; López, A.; Ramirez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*. 16: 133-141.
- Bachen, E.; Cohen, S. & Maser, A. (2007.) Psychoneuroimmunology. In Ayers, S.; Baum, A.; McManus, C.; Newman, S.; Wallston, K.; Weinman, J. & West, R. (Ed.). *Psychology, Health and Medicine*. (pp. 167 – 172). Cambridge University Press: New York.
- Bergelt, C.; Prescott, E.; Gronbaek, M.; Koch, U.; & Johansen, C. (2006) Stressful life events and cancer risk. *British Journal of Cancer*. 95: 1579-81.
- Bleiker, E.; Van der Ploeg, H.; Hendriks, J. & Ader, H. (1996). Personality factors and Breast Cancer Development: a Prospective Longitudinal Study. *Journal of the National Cancer Institute*. 20: 1478-82.
- Brown, K.; Levy, A.; Rosberger, Z.; & Edgar, L. (2003). Psychological Distress and Cancer Survival: A Follow-up. 10 years after Diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65: 636-643.
- Butow, P.; Hiller, J.; Price, M.; Thackway, S.; Krickler, A. & Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 49: 169-181.
- Cardoso, N. (1995). *Doença Oncológica e Alexítimia – Contributo Pessoal*. Dissertação de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Chang, G.; Orav, E.; Mcnamara, T.; Tong, M.; & Antin, J. (2004). Depression, Cigarette Smoking, and Hematopoietic Stem Cell Transplantation Outcome. *Cancer*. 101: 782-789.
- Coimbra de Matos, A. (1999). Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, (2), 9-16.

- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor, Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa, Climepsi.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Paterniti, S., Curt, F., Hjalmarsson, L., Moussa, M.,... Jeammet, P. (2004). Correlation between serum levels of interleukin-4 and alexithymia scores in healthy female subjects: preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology*. 29: 557 – 62.
- Doche-Schwab (2004). A Psicoterapia em Cancerologia. In Sami-Ali & cols. *Manual de Terapias Psicossomáticas*, (pp. 243 – 269). Porto Alegre: ArtMed.
- Dewaraja, R. ; Tanigawa, T. ; Araki, S. ; Nakata, A. ; Kawamura, N. ; Ago, Y. & Sasaki, Y. (1997). Decreased Cytotoxic Lymphocyte Counts in Alexithymia *Psychotherapy and Psychosomatics*; 66:83-86
- Everson, S.A.; Goldberg, D.; Kaplan, R.; Pukkala, E.; Tuomilieto, J.; & Salonen, J. (1996). Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer. *Psychosomatic Medicine*. 58: 113-121.
- Eysenck, H.J (1990) The Prediction of death from cancer by means personality/stress questionnaire: too good to be true?. *Perceptual and Motor Skills*. 71: pp. 216-218
- Falagas, M.E.; Zarkadoulia, E.A.; Ioannidou, E.N.; Peppas, G.; Christodoulou, C & Rafailidis, P. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*. <http://breast-cancer-research.com/content/9/4/R44>
- Faller, H & Bulzebruck, H (2002). Coping and Survival in Lung Cancer: A 10-year Follow-up. *The American Journal of Psychiatry*; 159: 2105 – 2107
- Faller, H.; Bulzebruck, H.; Drings, P.; & Lang, H. (1999). Coping, Distress and Survival Among Patients With Lung Cancer. *Archives of General Psychiatry*. 56: 756-762.
- Fox, C. M., Harper, A. P., Hyner, G. C., & Lyle, R. M. (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health*, 19: 467–482.
- Friedman, G. (1994) Psychiatrically-Diagnosed Depression and Subsequent Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 3, 11-13.
- Fukunishi, I.; Sei, H.; Merita, Y. & Rahe, R.H. (1999). Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*. 46: 579 – 89.

- Giese-Davis, J.; Conrad, A.; Nouriani, B.; Spiegel, D. (2008). Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, Suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences*. 44: 226-237.
- Giese-Davis, J.; Di Micelli, S.; Sephton, S. & Spiegel, D. (2006). Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: A preliminary study. *Biological Psychology*, 73: 190-198.
- Giese-Davis, J. & Spiegel, D. (2002). Emotional regulation and metastatic breast cancer. *International Congress Series*, 1241, 31-35
- Gouin, J.; Kiecolt-Glaser, J.; Malarkey, N. & Glaser, R. (2008). The influence of the anger expression on wound healing. *Brain, Behavior, and Immunity*. 22: 699 – 708.
- Gousson-Gélie, F. (2001). Role des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein In M. Bruchon-Schwartz & B. Quintard. *Personnalité et maladies – stress, coping et ajustement*, (pp. 43- 47). Paris: Dunod.
- Graham, J.; Ramirez, A.; Love, S.; Richards, M.; Burgess, C. (2002). Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. *British Medical Journal*. 324: 1420-23.
- Grassi, L.; Sabato, S.; Rossi, E.; Biancosino, B; Marmai, L. (2005). Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in Oncology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74: 100-107.
- Greenberg, T. M. (2009). *Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness*. New York: Springer.
- Grossarth-Maticek, R.; Bastiaans, J. e Kanazir, D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 29: 167 – 76
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Guilbaud, O.; Corcos, M.; Hjalmarsson, L.; Loas, G. & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and

physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 57: 292 – 5.

- Guilbaud, O; Curt, F.; Perrin, C; Chaouat, G.; Berthoz, S.; Bigre, C.D.; ... Jeammet, P. (2009). Decreased immune response in alexithymic women: A cross-sectional study. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 63: 297 – 304.
- Gundel, H.; Greiner, A.; Ceballos-Baumann, A.O.; Von Rad, M.; Forstl, H. & Jahn, T. (2002). Increased level of tonic sympathetic arousal in high versus low alexithymic cervical dystonia patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 52: 461 – 8.
- Harter, M.; Woll, S.; Wunsch, A.; Bengel, J.; Renter, K. (2006). Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. Comparison of HADS and GHQ -12. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 56-62.
- Hirokawa, K.; Nagata, C.; Takatsuka, N. & Shimizu, H. (2004). The relationships of a rationality/antiemotionality personality scale to mortalities of cancer and cardiovascular disease in a community population in Japan. *Journal of Psychosomatic Research*. 56: 103-111.
- Hjerl, K.; Andersen, E.W.; Keiding, N; Mouridsen, Mortensen, P.B. & Jorgensen, M.D. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*; 44: 24-30.
- Honda, K. & Goodwin, R.D. (2004). Cancer and Mental Disorders in a National Community Sample: Finding from the National Comorbidity Survey. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73: 235-242.
- Justo, J.M. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações in Dias, M.R. & Durá, S. (Coord.) *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 51 – 73). Lisboa, Climepsi.
- Knekt, P.; Raitsalo, R.; Heliovacira, M.; Lehtinen, V., Perkkala, E.; Tepp, L... Aromaa, A. (1996). Elevated Lung Cancer Risk among Persons with Depressed Mood. *American Journal of Epidemiology*. 144: 1096-1103.
- Letonturier, P. (2004). *Guia Prático de Imunologia Geral*. Lisboa: Climepsi.
- Levav, I.; Kohn, R.; Iscovich, J.; Abranson, J.; Tsai, W. & Vigdorovich, D. (2000). Cancer Incidence and Survival Following Bereavement. *American Journal of Public Health*. 90: 1601-607.

- Li, J.; Johansen, C. & Olsen, J. (2003). Cancer Survival in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. *British Journal of Cancer*. 88: 1698-701
- Lieberman, M.; Golsdtein, B. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of the emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15: 160-168.
- Lillberg, K. (2003). *Psychological Stress, Personality and risk of breast cancer: follow-up studies in the Finnish Twin Cohort*. Academic Dissertation. Department of Public Health. University of Helsinki, Helsinki.
- Lillberg, K.; Verkasalo, P.; Kaprio, J.; Tepp, J.; Helenius, H. & Koskenvuo M. (2003). Stressful life events and risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. 157: 415-423.
- Manna, G.; Foddai, E.; Di Maggio, M.; Pace, F.; Colluci, G.; Gebbia, N.; & Russo, A. (2007) Emotional Expression and coping style in female breast cancer. *Annals of Oncology*. 18: 77-80.
- Marty, P. (1968). La Dépression Essentielle. *Révue Française de Psychanalyse*. 32: 594 – 599.
- Maunsell, E.; Brisson, J.; Mondor, M.; Verreault, R. & Deschênes, L. (2001) Stressful Life Events and Survival After Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*. 63: 306-315.
- Nagano, J.; Ichinose, Y.; Asoh, H.; Ikeda, J.; Oshima, A.; Sudo, N.; & Kubo, C. (2006). A Prospective Japanese Study of the Association between Personality and the Progression of Lung Cancer. *Internal Medicine*. 45: 57-63.
- Nemiah, J.C. (1975). Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 26: 140 – 147.
- Nielsen, N. R. (2007). *Psychological stress and risk of hormone-dependent cancers*. Dissertation for the Degree Doctor of Philosophy in Epidemiology. University of California, Los Angeles.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos *Big Five*. In J. Ribeiro & I. Leal (Org.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (539 – 544) Lisboa.
- Pedrosa Gil, F; Nickel, M; Ridout N; Schwarz, MJ; Schoechlin, C & Schmidmaier R (2007). Alexithymia and Interleukin Variations in Somatoform Disorder. *Neuroimmunomodulation*. 14:235-242

- Penedo, F.; Dahn, J.; Kisinger, D.; Antoni, M.; Molton, I., Gonzalez, J.; ... Schneiderman, N. (2006). Anger suppression mediates the relationship between optimism and natural killer cell cytotoxicity in men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 423 - 427
- Penninx, B.; Guralnik J.; Pahor, M.; Ferrucci, J.; Cerhan, J.; Wallace, R.; & Halvik, R. (1998). Chronically Depressed Mood and Cancer Risk in Older Persons. *Journal of the National Cancer Institute*. 90: 1888-93
- Persky, V.W.; Kempthorne-Rawson, J.; & Shekelle, R.B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year Follow-up of the Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, 49: 435-449.
- Prieto J.; Atala, J.; Blanch, J.; Carreras, E.; Rovira, M.; Cirera, E, ... Gasto, C. (2005). Role of Depression as a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*. 23: 6063-71.
- Reynolds, P.; Hurley, S.; Torres, M.; Jackson, J.; Body, P.; Chen, V. & Black/White Cancer Survival Study Group (2000). Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*. 152: 940-949.
- Sá, E. (2003). *Tesxtos com Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma Nova Psicanálise*. Coimbra: Almedina.
- Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank, R.T. & Pearson, T.A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine* 10: 441-447.
- Sami-Ali (2003). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia*, Lisboa, ISPA.
- Sephton, S.; Sapolsky, R.; Kraemer, H & Spiegel, D. (2000) Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute*. 92: 994-1000.
- Sephton, S. & Spiegel, D. (2003). Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease? *Brain, Behavior and Immnuity*, 17: 321-328
- Servan-Schreiber, D. (2007). *Anticancer – Prevenir et lutter grâce à nos defenses naturelles*; Paris: Éditions Robert Laffont.
- Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biol Psychiatry*. 54: 269-282.

- Stommel, M.; Given, B.; & Given, C. (2002). Depression and Functional Status as Predictors of Death among Cancer Patients. *Cancer*. 94: 2719-27.
- Teles, S.S.; Ribeiro, M.M. & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na Área da Oncologia – Avaliação dos Níveis de Depressão e Ansiedade em Doentes com Patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5: 71 -77.
- Temoshok, L., & Fox, B. H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In B. H. Fox, & B. H. Newberry (Eds.), *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity*. (pp. 258 – 87). Toronto: C. J. Hogrefe.
- Thomas, S.; Groer, M.; Davis, M.; Droppleman, P.; Mozingo, J.; Pierce, M. (2000). Anger and Cancer: An analysis of the linkages. *Cancer Nursing*. 23, 344-348.
- Tjemsland L.; Soreide, J.A.; Martre, R.; & Malt, U.F. (1997). Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psychooncology*. 6: 311-320.
- Todarello, O; Casamassima, A; Daniele, S; Marinaccio, M; Fanciullo, F; Valentino, L; ... Marinaccio, L. (1997). Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: Replication. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 66:208–213.
- Todarello, O; Casamassima, A; Marinaccio, M; La Pesa, M.W.; Caradonna, L; Valentino, L & Marinaccio, L. (1994) Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 61:199–204.
- Tops, M.; Van Peer, J. & Korf, J. (2007). Individual differences in emotional expressivity predict oxytocin responses to cortisol administration: Relevance to breast cancer? *Biological Psychology*. 75: 119-123.
- Trombini, G. & Baldoni, F. (2004). *Distúrbios Psicossomáticos: como restabelecer o equilíbrio entre mente e corpo*. Edições Loyola: Paulinas: São Paulo
- Uher, T. (2010). Alexithymia and Immune Dysregulation: a Critical Review. *Activitas Nervosa Superior*. 52: 1, 40-4
- Weihs, K.; Enright, T.; Simmens, S.; & Reiss, D. (2000). Negative affectivity, restriction of emotions, and site of metastasis predict mortality in recurrent breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 49: 59 – 68.

- White, V.; English, D.; Coates, H.; Lagerlund, M.; Borland, R.; Giles, G. (2007). Is Cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a Prospective Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*. 69: 667 - 674